

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

647

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le samedi 22 juillet 1899 à 1 heure.

Par Madame PAULINE DAWIDOWITCH

Née à Odessa (Russie) le 18 janvier 1868

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

SUR LES CHÉLOÏDES

ET EN PARTICULIER SUR LES

CHÉLOÏDES CONSÉCUTIVES

*A l'application sur la peau de teinture d'iode
et de cataplasmes sinapisés*

Président : M. R. BLANCHARD, professeur.

Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
MARFAN et ALBARRAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

647

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le samedi 22 juillet 1899 à 1 heure.

Par Madame PAULINE DAWIDOWITCH

Née, à Odessa (Russie) le 18 janvier 1868

Ancienne externe des hôpitaux de Paris

SUR LES CHÉLOÏDES

ET EN PARTICULIER SUR LES

CHÉLOÏDES CONSÉCUTIVES

*A l'application sur la peau de teinture d'iode
et de cataplasmes sinapisés*

Président : M. R. BLANCHARD, professeur.

Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
MARFAN et ALBARRAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MADAME SALOMON REINACH

Docteur en médecine

A MONSIEUR LE PASTEUR REYMOND

Docteur en théologie.

ET A MADAME RAYMOND

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RAPHAEL BLANCHARD

Membre de l'Académie de médecine.

Souvenir d'Odessa

SUR LES CHÉLOÏDES

ET EN PARTICULIER SUR LES

CHÉLOÏDES CONSÉCUTIVES

A l'application sur la peau

de teinture d'iode et de cataplasmes sinapisés

I. — INTRODUCTION

MM. Besnier et Doyon dans une note sur la chéloïde, ajoutée à leur traduction du Manuel de Kaposi, concluent « qu'en réalité, il n'y a qu'une chéloïde, laquelle tantôt *semble* survenir sans lésion préalable, tantôt *succède évidemment* à une altération ».

Pour réaliser l'unité des chéloïdes, pour dire qu'il n'y en a pas de primitives, l'étude détaillée de l'étiologie s'impose.

D'autre part, M. Besnier fait remarquer l'extrême rareté des chéloïdes consécutives à l'action de la teinture d'iode.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Thibierge quelques cas de chéloïdes dues à l'application irrégulière de cette substance, il nous a paru digne de quelque intérêt de consigner cette étiologie rare dans notre essai inaugural. Nous avons d'abord esquissé une vue d'ensemble de la chéloïde et présenté seulement deux observations, puisqu'il s'agit de cas à étiologie tout à fait exceptionnelle.

Mais avant tout, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux.

M. le Docteur Lucas-Championnière, a bien voulu nous accepter comme externe dans son service ; sa science est au-dessus de notre appréciation, mais nous avons pu admirer sa bonté envers les malades.

M. le Docteur Balzer, pendant l'année d'externat que nous avons passée chez lui, nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Des circonstances particulières nous ont obligé d'interrompre notre service d'externe chez M. le Docteur Huchard. Nous avons eu néanmoins le temps de regretter ce que nous perdions en le quittant.

M. le docteur Thibierge nous a autorisée à recueillir à sa consultation de la Pitié les éléments de notre travail.

M. le Docteur Maygrier nous a permis de nous exercer à la pratique des accouchements dans son beau service de la Charité.

A la consultation de la Pitié, nous avons pu, grâce aux savantes causeries de M. le docteur Thierry, acquiescer les notions de chirurgie nécessaires au praticien.

M. le docteur Chauffard nous a permis de profiter de ses excellentes leçons.

Nous sommes heureuse de témoigner notre sincère reconnaissance à M. le docteur Pupin, secrétaire de la Faculté, des bons conseils qu'ils nous a donnés.

Notre maître et savant interne Madame Déjerine-Klumpke a droit à notre sincère reconnaissance et à nos meilleurs souvenirs.

Que nos meilleures amies Madame Nageotte Wilbouchewitch, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Madame Zowenthal, docteur en médecine acceptent l'expression de notre profonde gratitude pour leur dévouement envers nous.

II. — DÉFINITION

Le mot chéloïde sert à désigner depuis Alibert une tumeur en forme de plaques, de stries ou de tubérosités, ayant une analogie étroite avec le tissu de cicatrice, se développant dans le derme sans symptômes inflammatoires et le plus souvent au niveau d'une lésion, si minime soit-elle du tégument. Ce néoplasme ne peut être déplacé qu'avec la peau, il persiste indéfiniment sans métamorphose ultérieure, ou, dans les cas rares, disparaît spontanément. Pour M. Besnier il importe d'ajouter à cette définition de la chéloïde : 1° qu'elle est extensive, c'est-à-dire qu'elle dépasse les limites des lésions auxquelles elle succède : 2° qu'elle est récidivante au plus haut degré ; extirpée ou détruite, elle se reproduit sur place avec la plus extrême opiniâtreté.

III. — HISTORIQUE

Les recherches de Bazin ne lui ont pas permis de rencontrer dans les auteurs avant le XVIII^e siècle une description pouvant se rapporter aux chéloïdes.

C'est Retz dans son « *Traité des maladies de la peau et de celles de l'esprit* » paru en 1790, qui en fait pour la première fois, mention sous le nom de : *dartre de graisse*. « L'épiderme, dit-il, n'est pas altéré ; seulement cette membrane a pris une couleur rouge foncé. Elle est soulevée par des amas d'une matière solide, qui forment tantôt des espèces de noyaux qui parviennent jusqu'à la grosseur d'un abricot, tantôt des rayons longs d'un doigt et gros comme cette pâte italienne qu'on appelle macaroni ; ou bien cette même matière occupe de grands espaces sous la peau, et y paraît sous la forme de loupes plates et étendues, fort élevées et de la grandeur d'une des deux mains. Ces plaques de loupes sont singulièrement entrelacées par des filons de la même matière, de différentes grosseurs, qui ressemblent à de grosses cicatrices et forment plusieurs plis et replis comme s'il y avait plusieurs cicatrices les unes sur les autres, ou les unes auprès des autres. »

Alibert en 1810 décrit l'affection qui nous occu-

pe sous le nom de cancroïde, en 1832, il lui donne le nom de « chéloïde » qui a prévalu depuis.

Voici, dans son style pittoresque, la description d'Alibert qui contient les faits principaux qui caractérisent la chéloïde.

Sauf l'étiologie, sur laquelle Alibert est muet, ces deux observations concordent parfaitement avec les nôtres.

« La première fois que j'observai la kéloïde, c'était chez une femme grande et belle d'environ 36 ans. Cette personne portait, entre les deux seins, une excroissance allongée, cylindrique, dont l'étendue était d'environ deux pouces et demi de long sur un pouce de largeur. Cette excroissance était d'une couleur plus rouge que la peau environnante ; elle proéminait d'environ une ligne au-dessus du tégument ; elle projetait, par ses bords latéraux deux prolongements bifurqués, qui simulaient les pattes d'un crabe. Cette tumeur n'était pas indolente ; indépendamment d'un prurit excessif, qui contraignait la malade à se gratter sans cesse, il survenait, dans certaines circonstances atmosphériques des douleurs pongitives qui dardaient la peau comme par fusées. Plusieurs hommes de l'art furent consultés et prirent cette maladie pour la carcine ordinaire... »

« Dans le même temps, je fus appelé par une demoiselle qui était actrice du Grand-Opéra, et qui portait à la partie supérieure de la région sternale, une espèce de protubérance cordiforme, qu'elle cachait soigneusement avec un médaillon, afin que cette disgrâce de la peau ne fut point aperçue des spectateurs qui se trouvaient au parterre, quand elle chantait. Cette tumeur était dure,

ovale, plate, pourtant un peu déprimée dans son milieu, et bombée, dans ses parties latérales. Elle avait l'air de s'implanter dans la peau par quatre racines et prolongements qu'on eût pris pour les quatre pieds d'une tortue. On voyait ramper, à la périphérie de cette excroissance, de très petits vaisseaux sanguins, qui ressemblaient à ces lignes rougeâtres que l'on aperçoit sur la rhubarbe de Chine. La maladie avait débuté par quelques granulations qui lui donnaient l'aspect d'une fraise ».

Pour Alibert, la chéloïde est un genre de la famille des dermatoses cancéreuses il distingue : 1^o une kéloïde vraie reconnaissable au prurit ardent qu'elle suscite, prurit qui se convertit quelquefois en douleurs poignantes, analogues aux douleurs de la carcine ; 2^o une fausse kéloïde, qui résulte de la cautérisation d'une brûlure ou d'une ulcération scrofuleuse ou syphilitique, celle-là indolente, lésion accidentelle plutôt que maladie.

Vallerand de la Fosse publie en 1829 une observation restée unique, d'une chéloïde terminée par ulcération. Les auteurs se demandent si cette observation se rapporte bien à une chéloïde, et s'il ne s'agissait pas plutôt d'un épithélioma.

En rapportant deux cas dans son « *Traité* » Rayer considère la chéloïde comme une hypertrophie des éléments vasculaires de la peau et la range à côté des tumeurs érectiles, et des nævi ;

Gintrac le relègue avec le lupus, le purpura, la pellagre, les syphilides etc. dans « ces maladies de la peau qui, par leur nature, ne peuvent se rapporter à aucun des ordres de ma classification ».

Devergie range la chéloïde parmi les maladies exotiques, avec le molluscum, les lèpres etc.

Hardy la classe parmi les difformités cutanées.

Gintrac, *Cours théorique et clinique de pathologie interne*, t. V. p. 605, 1859. Et Bazin (*Revue médicale*, 1857, et *Dictionnaire encyclopédique*, 1874) admettent et rendent classique la division d'Alibert des chéloïdes en deux espèces : 1° la chéloïde vraie et spontanée, ou de cause interne ; 2° la chéloïde fausse ou cicatricielle.

C'est à cette division que se sont arrêtés les auteurs modernes considérant la chéloïde à un point de vue général.

Mentionnons parmi les travaux d'ensemble récents sur la question, la revue générale de M. Plicque dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 Octobre 1890 ; et surtout les notes de MM. Besnier et Doyon dans la traduction des *Leçons sur les maladies de la peau de Moriz Kaposi* (Paris 1891).

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, le tissu chéloïdien est constitué par des fibres blanchâtres, épaisses formant une masse compacte criant sous le scalpel.

Au microscope, il est constitué par des travées conjonctives renfermant dans leurs mailles des cellules fusiformes. Le nombre des cellules fusiformes, relativement aux fibres conjonctives, varie avec l'âge de la néoplasie ; dans les parties anciennes, les cellules fusiformes sont rares ; dans les parties récentes de la tumeur on en trouve de nombreux amas dans les interstices des fibres conjonctives. Ces parties jeunes sont aussi beaucoup plus riches en vaisseaux. On peut donc dire que la chéloïde est semblable, au début de son évolution, à un sarcome, et qu'elle évolue vers un tissu d'une organisation plus élevée, le fibrome.

Les cellules embryonnaires se rencontrent parfois dans la coupe de la peau saine, macroscopiquement, qui limite la tumeur et en particulier dans la gaine des vaisseaux. Ce fait explique, jusqu'à un certain point, les récurrences après ablation chirurgicale.

La différence histologique entre la chéloïde dite vraie et la chéloïde cicatricielle ne porte que sur des points de détail.

La couche papillaire recouvre la chéloïde vraie tandis que cette couche fait défaut dans les fausses chéloïdes. Les faisceaux conjonctifs sont intriqués en tout sens dans les chéloïdes cicatricielles, disposées parallèlement à l'axe longitudinal de la tumeur au cas de chéloïde fausse. En somme, histologiquement, la nature des deux variétés ne diffère que par des points de détail.

Il importe de faire ressortir le fait de l'évolution du tissu néoplasique évoluant du type sarcôme au type fibrôme. Les cellules embryonnaires se transforment en éléments conjonctifs définitifs qui prédominent bien vite.

La prolifération de ces éléments conjonctifs amène l'oblitération des vaisseaux de la tumeur, parfois la compression des fibrilles nerveuses de la peau (cf. douleur au point de vue clinique).

Au point de vue pathologie générale, on a, pour la chéloïde, invoqué, comme pour les autres néoplasmes, diverses interprétations d'origine.

La théorie de Cohnheim suppose la dissémination de germes embryonnaires dans les tissus. « Mais, répond M. Quénu, là où une brûlure a jadis tout détruit, où sont les germes embryonnaires ? »

On a, contre la nature néoplasique de la chéloïde, invoqué sa fréquence chez les sujets tuberculeux, tandis que l'antagonisme entre la scrofule et les tumeurs malignes semble de règle. L'évolution lente et la bénignité de la chéloïde peuvent être invoquées pour répondre à cette objection. En effet, il y a bien néoplasme mais il est justement gêné dans son évolution par le terrain défavorable sur lequel il se développe.

V. — ÉTIOLOGIE, NATURE ET PATHOGÉNIE

Les chéloïdes peuvent se développer soit sur des cicatrices préexistantes évidentes, soit sur la peau saine (ou supposée telle).

C'est sur cette origine différente, qu'Alibert a basé sa distinction des chéloïdes en deux groupes : chéloïdes cicatricielles, chéloïdes spontanées.

a) *Causes prédisposantes.* — La chéloïde est une affection de tous les âges de la vie, mais elle est plus fréquente chez les jeunes. Gintrac l'a rencontrée chez un enfant de trois ans ; Rayet chez une femme de soixante-trois ans qui en était atteinte depuis trente-cinq ans. Tous les malades de Lhonneur (1) étaient très jeunes, sauf un homme de cinquante ans dont l'affection avait débuté à trente-trois ans.

Le *sexe* féminin paraît plus fréquemment atteint ; les statistiques sont loin d'être exactes à ce sujet, car les femmes consultent plus volontiers le médecin que les hommes, au sujet d'une affection qui n'est, le plus souvent, qu'une difformité.

La *race* noire paraît faire plus facilement du tissu chéloïdien que la race blanche. Macpherson (2) dit avoir ren-

1. Lhonneur. Thèse Paris, 1855, n° 247.

2. Macpherson, (*London medic. Gaz.* 1844).

contré très souvent des nègres porteurs de chéloïde suite des coups de fouet qui leur étaient fréquemment infligés. Y a-t-il une relation entre ces faits et la fréquence de la tuberculose chez les noirs ?

L'hérédité similaire difficile à contrôler est signalée parfois.

Les rapports de la « diathèse chéloïdienne » avec la « diathèse scrofuleuse » sont fréquemment formulés. Il est juste d'ajouter qu'on trouve aussi souvent l'arthritisme incriminé par les auteurs, en particulier au sujet de l'acné chéloïdienne de la nuque. La syphilis est aussi fréquemment notée.

b) *Causes occasionnelles.* — Les altérations les plus diverses du tégument externe, peuvent, chez les prédisposés, être le point de départ d'une chéloïde.

Les cicatrices résultant de l'application de sangsues, de saignée, l'égratignure d'une épingle (Hardy), les piqures faites par la pointe d'une boucle de bretelles (Lhonneur), ont été signalées à l'origine de chéloïdes.

Il suffit parfois de la pression exercée sur la peau par un bouton de chemise, de frottements continus et répétés sur une région, comme le prouve la pièce 1433 déposée par Vidal au musée de l'hôpital Saint-Louis où une chéloïde de la région sus-hyodienne a été causée par la continuité d'action du col de chemise. Signalons encore, comme très fréquentes, les chéloïdes consécutives à la perforation du lobule de l'oreille chez les petites filles.

Toutes les éruptions ulcéreuses peuvent en cicatrisant donner lieu à des cicatrices chéloïdiennes ; telles la variole, la vaccine, les syphilides ulcéreuses, le loup.

M. Besnier (pièce 1159 Musée de l'hôpital Saint-Louis) a signalé des chéloïdes multiples suites de sycosis chronique de la région sous-mentale. L'acné chéloïdienne de Bazin, sycosis chéloïdien ou chéloïde acnéique de la nuque (Bernier) doit être rapprochée de ces formes. Chez des sujets porteurs d'acné on voit des papulo-pustules, centrées d'un poil, présenter à leur base une induration qui fonce dans le derme et continue à progresser.

Avec le temps les nodules voisins convergent et peuvent former une chéloïde volumineuse présentant comme preuve de son origine acnéique des bouquets de poils inclus dans la cicatrice et des lésions papulo-pustuleuses de tout âge. Leloir et Vidal définissent cette affection une périfolliculite sébacéopilaire à tendance chéloïdienne.

Mais c'est surtout à la suite de brûlures par l'eau bouillante, etc., que la chéloïde se développe, ou à la suite de l'application de révulsifs énergiques. La potasse caustique, le chlorure de zinc, les emplâtres de thapsia, les emplâtres stibiés, les frictions à l'huile de croton, tous révulsifs largement employés autrefois, la produisent également.

De simples applications de teinture d'iode peuvent déterminer une chéloïde. C'est là un fait assez rare pour que nous ayons cru pouvoir appeler sur lui un peu d'attention. Nos observations prouvent que l'application irrégulière du topique a une grande importance. La malade a laissé de longues heures la teinture en contact avec la peau. Il doit donc y avoir brûlure, un simple badigeonnage ne suffit

1. Voir aussi : Dubreuilh. *Anatomie de l'acné chéloïdienne. Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1889.

pas. Le médicament est-il forcément altéré, vieilli, contient-il nécessairement, pour causer la chéloïde, de l'acide iodhydrique comme le dit M. Gaucher (1)? Dans le cas observé par M. Thibierge et par nous, il n'en était rien, la teinture était fraîche et venait d'être achetée chez le pharmacien.

Quant à la chéloïde consécutive à l'application d'un cataplasme sinapisé, nous n'avons pu en trouver d'autre exemple que celui que nous rapportons.

En résumé, en cherchant bien on peut presque toujours trouver l'origine des chéloïdes dans une solution de continuité des téguments, le domaine des chéloïdes dites spontanées doit diminuer si on s'attache à la recherche de l'étiologie.

Mais il faut dire que, qu'elle qu'en soit la nature, la prédisposition chéloïdienne existe. En rejetant même, comme Piffard (2) et Barthélémy, (3) les chéloïdes dites spontanées de Bazin, en disant que, toutes les chéloïdes ont une cause traumatique, si minime soit-elle, il faut convenir que la cause est hors de proportion avec l'effet.

Quelle est donc la nature intime de la pathogénie de la chéloïde?

Alibert la range dans les dermatoses cancéreuses, Hebra, dans les néoplasmes bénins, Jacobson en fait une variété particulière de sarcome. Hardy la range dans les difformités cutanées. Tilbury Fox insiste sur sa relation bien connue avec la tuberculose.

1. Gaucher, *loc. cit.*

2. Piffard. (*Arch. of. dermat.* 1880, VI.

3. Barthélémy, *loc. cit.*

Deneriaz, a soulevé l'hypothèse d'une origine microbienne. Il se fonde, pour ce faire, sur le début de l'affection au pourtour d'un poil (l'auteur étudie surtout l'acné chéloïdienne) sur la présence de cellules géantes, sur l'extension du néoplasme du centre à la périphérie. Mais les tentatives de coloration sont restées négatives, malgré les recherches de Dubreuilh, Marcassi, Sergent et Gaucher.

En résumé, il y a des « chéloïdiens » chez qui, une lésion insignifiante, s'accompagne d'une réaction exagérée du tissu fibreux cicatriciel. Pourquoi ? il ne nous est pas permis d'avancer plus loin vers la solution du problème ; contentons-nous donc d'un de ces mots dont la vieille médecine était prodigue, et disons avec Bazin, qu'il s'agit d'une « diathèse fibro-plastique ».

VI. — DESCRIPTION

Nous nous sommes expliqué au chapitre étiologie sur la valeur qu'il convenait d'ajouter à la division admise par Bazin à la suite d'Alibert des chéloïdes en spontanées et en secondaires. Il est exceptionnel, impossible pour certains auteurs (Barthélemy), que la chéloïde ne succède pas à une altération de la peau si minime soit-elle ; néanmoins, pour la commodité de la description du début de la chéloïde, on peut conserver l'ancienne division, car les circonstances étiologiques restent souvent obscures pour le médecin.

Début. — Les auteurs décrivent différemment la forme initiale de la chéloïde : tubercule, tache, papule, pustule etc. Dans le cas d'Alibert, l'affection avait débuté par des granulations revêtant l'apparence d'une fraise. Pour Cazenave, le début se fait par une légère tuméfaction de la peau, un point à peine saillant qui s'étend peu à peu. Firmin, Maubon et Lhonneur l'ont vue se montrer sous l'aspect de petits « boutons » durs, saillants, espèces de tubercules rouges enflammés.

Au cas où la chéloïde succède *évidemment* à une altération antérieure du tégument, les symptômes diffèrent. A la surface de la cicatrice, on observe d'abord plusieurs points indurés, saillants au toucher plus qu'à l'œil

l'induration de la perte de substance se fait progressivement, la tumeur prend la forme sessile ou pédiculée, rameuse, etc.

Quel que soit d'ailleurs le mode de début, le travail morbide s'étend bientôt à toutes les parties constitutives de la peau, la chéloïde est à sa période d'état.

La *forme* des excroissances chéloïdiennes n'a rien de déterminé ; celle des chéloïdes cicatricielles épouse plus ou moins les contours de la solution de continuité sur laquelle elle a pris naissance. Au cas de cicatrice linéaire, la forme est régulière, héli-cylindrique ; on l'a comparée à un morceau de macaroni enchassé dans la peau. Quand la cicatrice a été suturée, la trace des points de suture est souvent le point de départ de traînées chéloïdiennes qui convergeant vers la cicatrice principale, donnent à l'ensemble l'aspect d'un myriapode ou de certains crustacés, c'est du reste à cette apparence que l'affection doit son nom. Alibert, dans le cas d'une cicatrice en croix, l'a vue figurer une croix de Malte.

L'acné chéloïdique peut se présenter soit sous forme de bourgeons isolés, soit par suite de la fusion des éléments, sous celui d'une crête irrégulière.

Au lobule de l'oreille, la chéloïde consécutive à la perforation de cet appendice, revêt un aspect globulaire, formant une tumeur grosse comme un pois, dans le milieu de laquelle on peut retrouver la trace de l'orifice de la perforation. A la suite de lupus, traité, ou guéri spontanément, à la suite de cautérisations profondes, de brûlures, les chéloïdes revêtent l'aspect le plus irrégulier.

Les chéloïdes dites spontanées ont une forme plus cons-

tante, assez régulièrement arrondie et parfois pédiculée.

Les *dimensions* varient presque à l'infini ; elles diffèrent suivant l'étendue de la lésion originelle.

Deneriaz (1) a vu une chéloïde de 23 centimètres sur 16 se développer sur une cicatrice d'acné.

Il est des cas où l'étendue de la lésion se limite de bonne heure, d'autres où elle continue à s'étendre. Toutefois, cet accroissement est limité ; même après 30 ans d'observation (Bazin) on ne l'a pas vu envahir de vastes régions du corps.

La *couleur* est tantôt plus ou moins rouge, tantôt plus ou moins blanche ; Bazin divisait les chéloïdes en deux classes d'après ce seul caractère. Mais c'est là exagérer l'importance de ce symptôme ; d'ailleurs Bazin classait dans les chéloïdes blanches, la morphee et autres variétés de la sclérodermie.

On peut, en thèse générale, dire que plus une chéloïde est jeune, plus elle est vasculaire, tandis que les vieilles chéloïdes tendent à s'anémier (cf. *Anat. pathol.*), la pigmentation des chéloïdes sous l'influence dystrophique pigmentaire (Addison, diabète bronzé, etc.) n'a pas été, que nous sachions, signalée.

Le *siège* de l'affection est intéressant à noter, il correspond, dans la plupart des cas, à la région présternale et nos observations restent à ce sujet dans la généralité. Cette prédisposition est constante même dans le cas de chéloïde dite spontanée. Le cou, la région deltoïdienne, la nuque, l'espace interscapulaire viennent ensuite par

1. Deneriaz, *loc. cit.*

ordre de fréquence, et enfin le lobule de l'oreille par suite des traumatismes dont il est systématiquement l'objet chez les petites filles.

L'affection peut encore siéger sur le menton, à la joue, aux membres.

M. Verneuil rapporte une observation de chéloïde conjonctivale à la suite d'une brûlure par le vitriol; cette localisation aux muqueuses est exceptionnelle.

Le nombre des chéloïdes est aussi inconstant, le plus souvent unique, il peut devenir considérable chez les malades à « diathèse chéloïdienne ». Alibert cite un malade atteint de sept tumeurs chéloïdiennes; Bielt cite huit chéloïdes présternales chez le même sujet; Cazenave rapporte l'observation d'une tuberculeuse portant 20 chéloïdes sur le thorax, le bras et les avant-bras, mais on peut se demander si dans ce cas l'auteur n'avait pas à faire à une sclérodermie. M. Ory (1) a vu chez un malade survenir vingt cicatrices chéloïdiennes; quelques-unes parurent se développer spontanément; mais l'influence des lésions antérieures apparaît dans ce cas, en ce que des hypertrophies chéloïdiennes se développèrent sur des cicatrices de vaccine et au pli du coude au niveau de deux cicatrices dues à deux saignées. Schwimmer (*Centralblatt f. Chir.* 1880, p. 339) a vu survenir en six ans, chez un même sujet, cent cinq chéloïdes du volume d'un pois à celui du pouce.

M. Amicis (2) a vu chez un hystérique 318 chéloïdes

1. Ory. *Bulletin de la Société anatomique*, 1875. p. 20.

2. Amicis. *Compte-rendu du Congrès international de dermatologie*. Paris, 1889. p. 93.

dispersées symétriquement. 82 sur le bras droit, 83 sur le bras gauche, 32 sur la région deltoïdienne droite, 31 sur la région deltoïdienne gauche.

La *consistance* devient de plus en plus ferme avec l'âge de la chéloïde, parfois la superficie se laisse légèrement déprimer, mais on sent une gangue profonde, élastique, résistante.

Jamais on n'entend, dans les chéloïdes des battements, du thrill vasculaires comme dans le nævi.

La *surface* de la tumeur est lisse, luisante, parfois ridée ; mais ne disparaissant jamais ; on peut parfois, à la loupe reconnaître quelques orifices glandulaires persistant ; dans le cas d'acné chéloïdien on peut voir le nodule chéloïdien traversé par un poil long et raide.

La *douleur* est le plus souvent absente : les chéloïdes n'occasionnent de gêne que par leur volume. Parfois, elles deviennent le siège de douleurs assez vives, qui vont du picotement à la douleur térébrante et intolérable signalée dans quelques observations.

Les états hygrométriques de l'atmosphère peuvent avoir une certaine influence sur ces douleurs, de même les maladies intercurrentes, en particulier le rhumatisme.

Mais jamais une chéloïde ne s'accompagne par elle-même de troubles généraux pouvant menacer l'existence.

ÉVOLUTION.

Après une période initiale durant laquelle la chéloïde arrive à la période d'état, on assiste à une période où

l'affection reste stationnaire. Cette phase peut durer indéfiniment. On l'a vue se prolonger des années, jusqu'à 30 ans et plus. Quelques incidents peuvent modifier la marche de la maladie. La grossesse peut l'accélérer : la malade présentée par M. Thibierge à la société de dermatologie devenue enceinte après l'extirpation, a présenté une augmentation rapide de volume de sa chéloïde, probablement en relation avec son état de puerpéralité. Rayer dit avoir observé que la tumeur devenait plus tendue et plus sensible aux époques de la menstruation.

La disparition complète est l'exception. Alibert rapporte deux cas où, après 10 ans et 6 ans, des chéloïdes pré-sternales chez des femmes, disparurent. Firmin (1) vit chez un homme, les chéloïdes pâlir, s'affaïsser en laissant des cicatrices blanchâtres de niveau avec la peau saine. S'agissait-il bien dans ces cas de chéloïdes et non de sclérodermie ?

De même, l'ulcération spontanée est tellement rare qu'il n'en existe dans la science qu'un cas, celui de Vallerand et encore la majorité des auteurs s'accorde à conclure qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'un épithélioma.

Il est bien entendu que par ulcération, il faut entendre l'ulcération spontanée, car il est évident que sur l'influence d'irritation, de frottements répétés, de contacts septiques la chéloïde peut s'enflammer et suppurer.

La tendance à la récurrence est absolue et sera mieux étudiée au chapitre traitement.

1. Firmin. Thèse, Paris 1850.

VII. — DIAGNOSTIC

a) Le diagnostic des chéloïdes dites spontanées ou mieux primitives c'est-à-dire des chéloïdes où la lésion initiale est passé inaperçue est parfois complexe.

La sclérodermie localisée présente des plaques dures parcheminées, desquamant légèrement et adhérent profondément aux couches profondes. Leur surface lisse et brillante contraste le plus souvent avec la couleur de la peau voisine ; la sensibilité au niveau de ces plaques est diminuée.

« Mais parfois, la nuance qui sépare les deux affections est presque indéfinissable et la dégénérescence chéloïdienne semble superposée à la sclérodermie » (1).

Les cancroïdes de la peau peuvent aussi commencer sous la forme de tubercules arrondis et proéminents. L'infiltration qui accompagne la tumeur s'étend au loin. La douleur est plus fréquente, la marche plus rapide, bientôt l'altération de la santé générale et l'envahissement des ganglions aideront au diagnostic. Le diagnostic sera de même très facile avec certains molluscums séniles ; avec la lymphadénie, à sa première période. Dans ce

1. Dühring. *Maladies de la peau*, p. 468.

cas l'apparition de la tumeur est précédée d'érythèmes (érythèmes prémycosiques) fugaces.

Les anamnèses, la constatation en d'autres régions, de troubles trophiques et sensitifs, la présence de lépromes sur le trajets de certains nerfs, enfin la recherche du bacille de Hansen permettront d'éliminer la lèpre dont les signes différentiels sont le plus souvent évidents.

Une chéloïde très vasculaire, fait exceptionnel, peut se rapprocher d'un nævus.

b) Au cas, où la chéloïde prend naissance sur une cicatrice antérieure elle devra être différenciée de certaines complications des cicatrices. La transformation épithéliomateuse d'une cicatrice pourra faire hésiter quelque temps le diagnostic. L'atteinte à l'état général, l'envasissement des ganglions correspondant aux lymphatiques de la région où siège la cicatrice, la constatation d'un cancer au niveau d'un autre organe lèveront tous les doutes.

De même, les syphilômes des cicatrices seront facilement éliminés, ne fût-ce que par le traitement, quoique l'iodure de potassium dont l'action « antifibrogène » est bien connue ait parfois une influence favorable sur l'évolution des chéloïdes même en dehors de toute syphilis.

c) Si l'on admet dans toute sa rigueur la distinction de Bazin en chéloïde vraie, spontanée, en primitive et en chéloïde fausse ou cicatricielle, il sera souvent difficile de faire le départ entre les deux variétés de chéloïde.

Plus l'état de la peau des papilles et des follicules à la surface de la tumeur sera normal, plus le diagnostic devra pencher vers la chéloïde primitive et non vers la cicatrice hypertrophique.

D'autre part, la chéloïde vraie ne dépasserait jamais la face profonde de la peau; elle reste libre et mobile, ne contracte pas d'adhérences avec les parties sous-jacentes. Les tumeurs de l'une sont plus larges que saillantes, de forme aplatie; celles de l'autre sont fréquemment pédiculaires, comme végétantes, multilobées. Les premières ont un lieu de prédilection, la partie antérieure du thorax; les secondes se rencontrent presque indifféremment sur toute la région du corps.

Il faut en réalité comme le dit M. Besnier rejeter les termes de « fausse chéloïde » et de chéloïde cicatricielle » qui prêtent à ambiguïté; rappelons en outre que la lésion initiale passe souvent inaperçue et qu'on n'est jamais en droit de dire qu'une lésion, si minime fût-elle, n'a pas précédé la « chéloïde spontanée » la plus nette.

En réalité, il n'y a qu'une chéloïde, le terme de « chéloïde fausse » ne saurait guère être applicable qu'aux *cicatrices vicieuses*, élevées, hypertrophiques, qui, « au point de vue anatomo-pathologique, se distinguent de la chéloïde par les caractères propres du tissu nodulaire, et, cliniquement, par ce fait que la cicatrice vicieuse évolue sur place, ne dépasse pas les limites de la lésion à laquelle elle succède. Certaines cicatrices hypertrophiques; étendent dans le derme au-delà de la limite propre de la saillie cicatricielle proprement dite, ce que R. W. Taylor appelle « *patches of fibromatous infiltration* »; mais ces éléments périphériques ne progressent, ni ne s'élèvent, à la manière de la chéloïde; leur évolution naturelle, au cours des années, est inverse ». (E. Besnier).

PRONOSTIC

La chéloïde n'est pas une affection grave, *quoad vitam*; Alibert la considérait comme une « sorte de transition des dermatoses bénignes aux dermatoses malignes ». Elle évolue, le plus souvent, sans s'accompagner d'aucun trouble de la santé générale.

Localement, le pronostic est loin d'être favorable. Cette affection disparaît rarement spontanément; d'autre part, comme nous le verrons au chapitre traitement, nous sommes fort désarmés envers elle au point de vue thérapeutique.

Elle constitue pour les femmes, par son siège, fréquent au devant du sternum, une pénible difformité dont elles demandent à tout prix la disparition; tandis que l'homme accepte plus philosophiquement l'impuissance thérapeutique.

Ces douleurs violentes qu'on trouve signalées dans certaines observations, altèrent, à la longue la bonne santé morale et physique des malades.

Enfin dans les chéloïdes saillantes le volume même de la tumeur peut devenir une véritable gêne.

VIII. — TRAITEMENT

Le traitement peut être distingué en traitement général et en traitement local.

Du premier sont justiciables certaines chéloïdes bénignes, ou en relation avec une diathèse; du second, les chéloïdes graves.

M. Sevestre dit avoir obtenu un bon résultat par le traitement arsénical.

Dans les chéloïdes survenant chez les scrofuleux on peut recourir à l'huile de foie de morue et aux bains de mer.

Le traitement anti-syphilitique devrait être tenté chez les sujets suspects d'infection fracastorienne.

On a encore conseillé localement les préparations mercurielles, en particulier les applications d'emplâtre de Vigo, imbriqué en bandelettes, de façon à obtenir à la fois la résolution et la compression (Hardy).

M. Marie a employé les injections d'huiles créosotées à 20/100.

Les chéloïdes bénignes à tendance non expansive relèvent encore du traitement par les émoullients (cataplasmes à la farine de riz, d'avoine, Unna).

Le Dr Ferras de Luchon a obtenu de bons résultats en

traitant les chéloïdes, suites de brûlures du Bazar de la Charité, par les douches sulfureuses.

Au contraire, les chéloïdes de la région sternale, chéloïdes en pattes d'écrevisses sont difficiles à guérir et à pronostic grave. C'est à elles que s'adressent les traitements dits chirurgicaux.

L'ablation pure et simple a été tentée bien des fois ; elle devrait toujours être faite largement, intéresser les tissus sains à la périphérie de la tumeur, et en profondeur jusqu'à l'aponévrose.

Verneuil conseillait pour ce faire l'emploi du thermocautère. Les pansements devront toujours être accompagnés d'une compression énergique.

On est parfois forcé d'intervenir au cas de chéloïdes très douloureuses.

Chez un enfant atteint d'énormes chéloïdes cicatricielles du cou M. Monod (1) a obtenu un très bon résultat par l'ablation. La chéloïde dans une observation de Salèsses (2) récidive après l'ablation, mais les douleurs violentes qui l'accompagnaient avant l'intervention disparurent après celle-ci.

Malgré tout il arrive la plupart du temps, comme le prouve une fois de plus l'observation communiquée par M. Thibierge, qu'au bout de quelques mois, la chéloïde récidive.

Les dermatologistes s'en tiennent, le plus souvent,

1. Monod. *Revue de chirurgie*, 1885, p. 578.

2. Salèsses. *Loc. cit.*

aux scarifications linéaires préconisées pour la première fois par Vidal (1).

Elles seront faites de préférence avec le bistouri, tenu comme une plume à écrire.

Espacées lors des premières séances, d'un centimètre l'une de l'autre, les incisions seront rapprochées ensuite le plus possible. Elles doivent dépasser de toute part le tissu dur, criant sous le scalpel, de la tumeur, et s'attaquer même à la peau saine du voisinage.

Les scarifications seront faites profondément, perpendiculairement à la surface de la tumeur qu'elles doivent traverser dans toute son épaisseur. On leur donne ordinairement la forme de hachures, se croisant l'une l'autre.

L'hémorrhagie consécutive est ordinairement peu marquée, et s'arrête facilement par la pression avec un tampon de coton hydrophile.

L'anesthésie préalable de la région par l'éther et les pulvérisations de chlorure de méthyle ont l'inconvénient d'anémier la région, de durcir uniformément les tissus sains et les tissus malades, et de donner par suite une consistance uniforme à ces deux éléments qui fournissent normalement une sensation si différente à la main qui manie le bistouri.

Le plus souvent, les scarifications sont bien supportées par le patient.

Au cas où l'on devra, pour des raisons particulières recourir à l'anesthésie on préférera les injections de cocaïne ou d'eucaine. Faites en couronne à la limite de la

1. Leloir et Vidal. *Traité des maladies de la peau.*

peau saine et de la peau sclérosée elles rendent l'intervention indolore et ne modifient pas la consistance des éléments anatomiques.

Le pansement consécutif sera fait avec des bandes d'emplâtre de Vigo, et plus simplement en appliquant sur la région une couche de ouaté stérilisée.

Inutile d'ajouter que cette petite intervention sera faite aseptiquement après nettoyage chirurgical de la région, asepsie des mains et des instruments.

Les séances des scarifications seront renouvelées tous les huit jours.

Le premier résultat obtenu est la disparition des douleurs rares mais parfois très vives des chéloïdes. L'avantage principal consiste en ce qu'on arrive par ce procédé à entraver l'extension de la tumeur. On pourra chez les chéloïdiens sur lesquels on aura été forcé d'effectuer une opération chirurgicale scarifier préventivement la cicatrice opératoire. Après un nombre considérable de séances on arrive sinon à la disparition de la tumeur, mais tout au moins à un affaissement souvent considérable de sa surface. Ce fut le cas de la malade de M. Thibierge dont nous avons rapporté l'observation.

M. Brocq dans son « *Traitement des maladies de la peau* » (1) a préconisé l'emploi de l'électrolyse. On enfoncera l'aiguille à une profondeur de un 1/2 à 1 centimètre, selon l'épaisseur de la tumeur en laissant, à chaque piqûre passer le courant, pendant une demi-minute à une minute. Les piqûres devront être faites sur toute l'étendue

1. Brocq, *Traitement des maladies de la peau*. Paris 1898, p. 407.

de la tumeur, en prenant garde que les petits cercles blanchâtres qui se forment au point d'introduction de l'aiguille, n'empiètent pas les uns sur les autres. Ces piqûres sont assez douloureuses pour que l'intensité du courant puisse rarement dépasser cinq millimètres. On les répétera tous les quinze jours. L'emploi alterné des scarifications et des piqûres paraît devoir donner les meilleurs résultats.

IX. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cicatrice chéloïdienne de la région présternale consécutive
à une cautérisation par la teinture d'iode. (1)

Le cas de la malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société n'offrirait aucun intérêt, n'était l'étiologie de la cicatrice chéloïdienne qu'elle porte sur le thorax.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans que je traite depuis 3 semaines à la polyclinique dermatologique de l'hôpital de la Pitié.

Cette jeune fille présente, à la partie moyenne de la région présternale, une cicatrice mesurant environ 12 milli mètres de hauteur et 3 de saillie, correspondant au sternum et munie de deux prolongements latéraux bridés et irréguliers, atteignant au maximum 5 centimètres de largeur ; à gauche, le prolongement s'étend dans la région susmammarie jusqu'à 6 centimètres de la ligne médiane et un petit noyau chéloïdien se voit un peu au-dessus de son extrémité externe ; les portions saillantes sont entourées sur presque toute leur étendue d'une bande cicatricielle gaufrée mesurant au maximum 5 millimètres de large.

1. Observation communiquée à la Société de dermatologie le 14 janvier 1898, par M. Georges Thibierge.

La malade rapporte de la façon suivante les conditions de développement de cette chéloïde.

Il y a 7 mois, toussant depuis quelques jours, elle alla consulter un pharmacien, lequel lui conseilla de faire sur le devant de la poitrine une application de teinture d'iode et lui vendit pour la somme de 15 centimes, la quantité de ce produit qu'elle devait employer ; rentrée chez elle, elle versa le contenu du flacon sur un morceau d'ouate et appliqua celui-ci sur le devant de la poitrine. Toute la nuit, elle éprouva à ce niveau une douleur assez intense et le lendemain y constata la présence d'une croûte noirâtre, correspond à peu près aux dimensions de la chéloïde actuelle et au-dessous de laquelle se voyait une couche de pus. Sur le conseil du même pharmacien, elle appliqua un cataplasme de farine de lin qui amena, au bout de deux jours, la chute de la croûte ; à sa place était une ulcération offrant une configuration semblable à celle de la chéloïde actuelle ; cette ulcération était le siège d'un bourgeonnement assez prononcé et au dire de la malade, aurait présenté une saillie identique à celle de la chéloïde ; néanmoins elle se serait réparée au bout d'une huitaine de jours.

Dès la chute de la croûte, la lésion était le siège de douleurs assez vives, qui ont toujours persisté depuis lors, se produisant à la moindre pression, et qui amènent la malade à réclamer de nous un moyen de la soulager.

La malade, lorsqu'on lui présente un flacon de teinture d'iode, reconnaît la couleur et l'odeur de ce produit comme étant celui de la substance qu'elle a employée, mais déclare que celle-ci avait une odeur plus forte que la teinture d'iode de l'hôpital. J'ai envoyé deux personnes différentes, chez le pharmacien que la malade m'avait désigné comme lui ayant

vendu le produit incriminé, acheter pour 15 centimes de teinture d'iode : à l'une il a été remis un flacon contenant 8 grammes d'une teinture d'iode d'odeur plus accusée que celle de l'hôpital ; à l'autre, qui a fourni le flacon, comme l'avait fait la malade, il a été remis 15 grammes de la même préparation. Sur aucun point du corps, on ne trouve de trace de chéloïde ; au niveau du lobule des oreilles dont la perforation est aujourd'hui comblée, on sent seulement un petit nodule dur, un peu plus gros à droite où il ne dépasse pas le volume d'un petit grain de plomb et auquel il n'est pas possible de donner le nom de chéloïde.

En résumé, il s'agit d'une cicatrice chéloïdienne de la région sternale, c'est-à-dire du lieu d'élection des chéloïdes, consécutive à une brûlure au deuxième ou au troisième degré par de la teinture d'iode appliquée d'une façon défectueuse. Précisément parce que le mode d'emploi ici usité de la teinture d'iode est anormal et exceptionnel, cette observation vient confirmer la remarque faite dans la dernière séance par M. Besnier, que les chéloïdes consécutives à l'application de la teinture d'iode sont d'une extrême rareté et que la plupart de celles qui ont été signalées sont étiologiquement discutables. Dans le cas actuel, je crois m'être entouré de précautions suffisantes pour pouvoir affirmer que la préparation pharmaceutique était bien la teinture d'iode.

OBSERVATION II (1)

Chéloïde récidivée après ablation chirurgicale.

La récurrence des chéloïdes après l'ablation chirurgicale, si

1. Observation communiquée par M. Georges Thibierge à la Société de dermatologie, le 10 novembre 1898.

étendue qu'elle soit, est une notion classique sur laquelle il semble inutile de revenir. Assurément, je n'aurais pas eu la pensée d'en montrer un nouvel exemple si, dans une discussion assez récente de la *Société de chirurgie* (3 et 10 juin 1896), l'intervention chirurgicale active n'avait été préconisée dans le traitement des chéloïdes.

En présence de ces assertions, il convient de reprendre l'étude du sort des chéloïdes traitées chirurgicalement, et il est bon de faire voir à nouveau qu'elles peuvent récidiver et à la récurrence, atteindre des dimensions plus considérables qu'avant l'intervention.

La malade que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la société est une jeune fille de 16 ans que je lui ai déjà présentée le 14 janvier 1897.

Je la montrais à cette époque comme un exemple très rare de chéloïde consécutive à l'application de teinture d'iode, ou mieux de chéloïde consécutive à une brûlure produite par une cautérisation au moyen de la teinture d'iode.

Au mois de janvier 1897, la chéloïde qui occupait la partie moyenne de la région précordiale, était constituée par une bride transversale mesurant 15 millimètres de hauteur et trois de saillie, munie de prolongements latéraux bridés et irréguliers, ne dépassant pas 5 centimètres de hauteur sur 3 de largeur, le prolongement gauche s'étendant dans la région sus-mammaire jusqu'à 6 centimètres de la ligne médiane.

Pendant quelques mois, je soumis la malade à des séances régulières de scarifications linéaires et je vis la chéloïde se réduire légèrement ; les douleurs assez vives que produisait la chéloïde avaient presque complètement disparu.

Mais la malade trouvant les progrès trop lents, quitta le

service et alla consulter un chirurgien qui lui fit d'abord des cautérisations au thermo-cautère et finalement fit l'ablation totale de la chéloïde au bistouri le 26 juin 1898.

Au bout de huit jours, les points de suture furent enlevés et la cicatrisation semblait se faire normalement, lorsque quinze jours après l'opération, la malade vit une tuméfaction apparaître sur le trajet même de l'incision.

C'était le début de la tumeur de récidence, qui depuis lors ne cessa de s'étendre jusqu'il y a 6 semaines, en même temps que se reproduisaient des douleurs identiques à celle que causait primitivement l'affection.

Actuellement, la chéloïde forme au-devant de la partie moyenne du sternum une bande horizontale de 14 centimètres de longueur, dont les deux tiers sont situés à gauche de la ligne médiane. Au niveau de la ligne médiane où elle atteint son maximum d'épaisseur, cette bande est limitée par des bords abrupts et mesure 28 millimètres de hauteur ; à droite et à gauche, elle s'étale en un prolongement arrondi qui, du côté gauche, s'aplatit encore en dehors pour atteindre la région sus-mammaire ; à gauche un prolongement part de son bord supérieur pour se porter en avant et en dehors sur une étendue de 3 centimètres.

Cette tumeur a une coloration générale rouge, parcourue par de nombreuses dilatations vasculaires de $1/2$ à 1 millimètre de large. Elle a une consistance fibreuse.

Au niveau de la portion rétrécie située au devant du sternum, on voit, à la partie inférieure, deux tractus obliques larges de 1 millimètre et longs de 8 à 10 millimètres correspondant à des points de suture. En outre, sur toute la périphérie de la tumeur et de ses prolongements, on voit, réguliè-

ment espacés et correspondant évidemment aux points de suture, des saillies arrondies, de 1 à 2 millimètres de diamètre, de coloration blanchâtre et de consistance fibreuse.

En résumé, le résultat de l'excision de la chéloïde est la réapparition d'une tumeur qui, moins de 3 mois après l'opération, avait atteint des dimensions supérieures à celle de la tumeur primitive, tumeur bordée par une série de petites tumeurs chéloïdiennes correspondant à chacun des points de suture, et cette tumeur est au moins aussi douloureuse que la première.

Voilà un résultat certes, peu encourageant (1).

OBSERVATION III

Il s'agit d'une fillette de 7 ans, amenée à la consultation de M. le Dr Thibierge à la Pitié.

Cette enfant porte au niveau de la région sus-claviculaire gauche au-dessus par conséquent du mamelon, une vaste chéloïde de 7 centimètres de longueur sur 1 centimètre $\frac{3}{4}$ de large, à sa partie moyenne.

La forme de la tumeur est irrégulière, allongée de dedans en dehors, et légèrement de haut en bas. Les bords en sont

1. Cette malade fut reconnue enceinte depuis sa présentation à la société de dermatologie. Il est intéressant de remarquer que malgré le traitement énergique (scarifications hebdomadaires) institué par M. Thibierge la tumeur avait faiblement diminué lors de la sortie de la malade ; ce qu'on explique par l'influence aggravante de la grossesse. Nous n'avons pu retrouver cette malade après son accouchement.

irréguliers, alternativement saillants et rentrants. On peut décrire à la néoformation deux centres principaux assez saillants réunis par deux minces ponts encore moins élevés; l'espace laissé libre entre les deux foyers principaux de la chéloïde, espace limité en haut et en bas par les deux ponts de tissu chéloïdien que nous avons signalés, est sain. A la partie inférieure de ce massif central, se détachent deux prolongements en dents de scie s'enfonçant dans la peau voisine, et revêtant assez exactement la forme de la grille du galvanocautère.

La couleur est rosée, plus foncée sur les bords.

Autour de la chéloïde proprement dite, s'étend une zone ovulaire de peau saine, mais de coloration café au lait à bords pigmentés assez nets.

La partie principale de la tumeur donne au toucher la sensation ordinaire, élastique, résistante des chéloïdes. L'ensemble est mobilisable sur les plans profonds quand on fait contracter le grand pectoral de l'enfant.

La peau de la paroi antérieure de l'aisselle est attirée en dedans et le bord inférieur du grand pectoral fait une saillie assez notable sous la peau.

Pas d'adénite axillaire; pas de douleur, sauf parfois un peu de tiraillement sur la peau avoisinante.

La personne qui accompagne l'enfant raconte qu'il y a 6 mois, à la suite d'un rhume, on a appliqué sur la région thoracique antérieure gauche de l'enfant un cataplasme très chaud et fortement sinapisé. Le cataplasme fût laissé une nuit entière en place. Le lendemain on constata la présence d'une brûlure, qui « forma une croûte ». La mère prétend que la tumeur s'est *beaucoup affaissée* et a diminué d'étendue; que

primitivement la zone café au lait que nous avons remarquée autour de la partie centrale de la tumeur était saillante et dure comme cette même partie centrale.

L'état général de l'enfant est excellent; un peu délicate, elle ne présente pas actuellement des symptômes de tuberculose viscérale, ganglionnaire ou osseuse. Néanmoins, elle aurait été autrefois gravement malade à la suite d'une « induction », dit la mère, du poumon. S'agissait-il alors de tuberculose ?

On ne connaît dans la famille, aucune affection analogue, la grand'mère du père est morte de cancer, c'est le seul antécédent intéressant quoique bien lointain.

En somme, il s'agit d'une chéloïde de la région sous-claviculaire gauche survenue à la suite d'un cataplasme sinapisé.

Il importe de faire remarquer l'évolution de l'affection, vers la résolution, sur l'absence de douleur. Ces faits sont en contradiction avec ce que nous savons des chéloïdes consécutives aux applications de teinture d'iode.

Cette bénignité d'allure tient à ce que la brûlure initiale a eu lieu dans une région moins favorable au développement des chéloïdes par la région presternale.

X. — CONCLUSIONS

I. — Les chéloïdes consécutives à l'application de la teinture d'iode sont rares. Elles font suite à des applications irrégulières, à de véritables brûlures par le topique.

II. — La durée d'application de la teinture paraît avoir plus d'influence sur la production, de la chéloïde que les altérations chimiques (acide iodhydrique par exemple) qu'il peut présenter.

III. — Les cicatrices chéloïdiennes dues à la teinture d'iode occupent les régions où l'on rencontre le plus souvent les chéloïdes, régions présternale et inter mammaire.

IV. — Siégeant au niveau de ces régions prédisposées, ces chéloïdes sont graves ; elles ne présentent aucune tendance à disparaître ; par contre, elles tendent à se reproduire après ablation chirurgicale.

V. — Au contraire, les chéloïdes dues à l'application de cataplasmes sinapisés tendent à disparaître avec le

temps. Leur gravité moindre tient sans doute à ce que cette application a été faite dans des régions autres que celles où nous avons constaté la présence si fréquente des chéloïdes.

Vu : le Doyen,
BR'OUARDEL

Vu : le Président de la thèse
R. BLANCHARD.

Vu : et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

XII. — BIBLIOGRAPHIE

RETZ. — Traité des maladies de la peau et de celle de l'esprit
Paris 1790.

ALIBERT. — Précis des maladies de la peau, 1810.

— Monographie des dermatoses, 1832.

RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1835.

VELPEAU. — Gaz. des hôpitaux, 1845.

CAZENAVE. — Abrégé pratique des maladies de la peau, 1847.

FOLLIN. — Végétation des cicatrices. Gaz. des hôp. 1849.

DEVERGIE. — Traité des maladies de la peau, 1854.

LHONNEUR. — Thèse Paris, 1856, n° 247.

BAZIN. — Revue médicale, 1857, t. I. Dictionn. encyclopédique,
t. XV.

LEGOUEST. — Gaz. des hôpitaux, 1858.

VERNEUIL. — Gaz. des hôpitaux, 1858.

HARDY. — Maladies de la peau, 1860.

TRÉLAT. — Leçons de clin. chir. 1875.

LIRON. — Thèse Paris, 1877, n° 177.

HÉBRA. — Malad. de la peau, trad. Besnier-Doyon.

VIDAL. — Gaz. hebdom. médecine et chir. 1881, 4 fév.

L. DELPECH. — De la chéloïde et de son traitement, Thèse Paris,
1881.

HUTCHINSON. — Rescarches on the keloïd. Med. Times, 23 mai
1885.

VIDAL. — Chéloïde spontanée de la région sternale. Annales de
dermatologie, mai 1886, p. 460.

- DENERIAZ. — Etude sur la chéloïde. Thèse Genève 1887. Excellente anatomie pathologique.
- FISCHER. — Etude sur les chéloïdes. Inaug. dissert. Munich
- WELCH. — The treatment of keloïd. Med. record, 1890, n° 7.
- TAYLOR. — A case remarkable of keloïd. New-York med. journ. 1893, p. 736.
- AUDRY. — Note sur l'histologie d'une chéloïde. Midi médical, 26 nov. 1893.
- A. PLICQUE. — Les diverses espèces de keloïdes et leur traitement. Gaz. hôp. 11 oct. 1890, p. 1081.
- P. MARIE. — Nature et traitement des chéloïdes. Soc. méd. des hôp. 3 mars 1893.
- LEGRAIN. — Sur l'origine infectieuse des chéloïdes. Compte rendu Soc. biolog. 1873.
- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau. Tome II, Paris 1898.

